



COMUNE DI VIGARANO MAINARDA

Provincia di Ferrara

SETTORE II SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Allegato 5 – modulo di adesione partner

La dichiarazione può essere redatta in carta libera o su carta intestata dell'Ente, Organizzazione, Impresa.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____
Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante della ETS/ETS
capofila di partenariato _____
con sede legale in _____ Via _____
Codice Fiscale/Partita I.V.A. _____
Telefono _____ fax _____ E-mail _____
E-mail certificata _____

in adesione all'avviso pubblico per l'individuazione di enti del terzo settore per la co-progettazione in attuazione della DGR 503/2025 "fondo regionale persone con disabilità - quantificazione risorse per misure a sostegno del successo formativo e delle transizioni verso il lavoro degli studenti certificati ai sensi della L. 104/92, in attuazione della deliberazione di giunta regionale n.679/2024". CIG: B8454D4CA2

dichiara

la propria disponibilità a contribuire come partner alla realizzazione del progetto, con i tempi e le modalità indicati dal presente Avviso

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante
